

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 175

SIMPLIFICATION A LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

DE LA

PÉRINÉORRHAPHIE TARDIVE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL FRADIER

Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

Né le 22 septembre 1875, à Voussac (Allier)



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 175

SIMPLIFICATION A LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

DE LA

PÉRINÉORRHAPHIE TARDIVE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1902

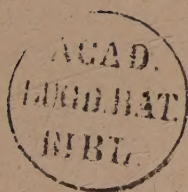
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL FRADIER

Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

Né le 22 septembre 1875, à Voussac (Allier)



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.
CROLAS..... QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophthalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes LAROYENNE

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. CHANDELUX	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique.	DEVIC,	—
Physiologie.	DOYON,	—
Accouchements.	FABRE,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—
Hydrologie et matières alimentaires.	CAUSSE, doct. ès-sciences.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLOSSON (M.), Président; M. CONDAMIN, Assesseur
MM. VALLAS et FABRE, Agrégés

La Faculté de médecine de L. on déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Faible témoignage de profonde reconnaissance
et d'inépuisable affection.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MAURICE POLOSSON

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

AVANT-PROPOS

Au moment de nous affranchir de la tutelle scolaire pour voler de nos propres ailes, nous sentons le devoir impérieux d'adresser notre humble tribut de remerciements aux maîtres aimés qui se sont intéressés à nous ; à tous ceux qui, par leurs enseignements ou leurs écrits, ont contribué à ouvrir des vues nouvelles à notre esprit ou à enrichir notre modeste bagage scientifique.

M. le Docteur Imbert, ancien chef de clinique chirurgicale, connaissait notre famille : dès le début il nous prodigua et son temps et ses précieux conseils et le bienveillant appui de son influence. Nous fûmes souvent confus de tels bienfaits, dont nous abusions ; nous le prions de croire à nos remerciements sincères, ainsi qu'à notre entier dévouement.

M. le Professeur agrégé Condamin a bien voulu nous confier le soin d'exposer en ce travail quelques résultats de sa haute pratique gynécologique. Nous avons admiré plus d'une fois sa patience à nous éclairer sur les points de détails, et la peine qu'il prit à nous faciliter la tâche; qu'il nous excuse si nous n'avons atteint qu'imparfaitement son but et qu'il soit assuré de notre profonde gratitude.

Nous n'oublierons jamais le grand honneur que nous fait M. le Professeur Maurice Pollosson en acceptant la présidence de notre thèse; nous lui en témoignons toute notre reconnaissance.

Pendant deux agréables années d'internat à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, nous avons pu profiter de précieux enseignements pratiques.

M. le Docteur Halmagrand, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, s'efforça de nous armer contre les difficultés multiples de la gynécologie, nous traitant plutôt en jeune ami qu'en élève. Nous gardons le vivant souvenir de toutes ses bontés et l'en remercions bien sincèrement.

Enfin, une large part de notre reconnaissance est acquise : à M. le Docteur Geffrier, ancien interne des Hôpitaux de Paris, médecin des Enfants; à M. le Docteur Deshayes, ancien interne des Hôpitaux de Paris, médecin de la Maternité; à M. le Docteur Cœur, chirurgien de l'Hôtel-Dieu; à MM. les Docteurs Marmasse et Coville, anciens internes des Hôpitaux de Paris, chirurgiens-adjoints; Jaulin, médecin-adjoint, qui se sont montrés en toutes circonstances pleins d'égards pour nous et ne nous ont

jamais épargné les excellents conseils pratiques dus à leur haute compétence.

A Lyon, comme à Orléans, nous avons eu le bonheur de posséder de vrais amis ; grâce à eux nos années d'études comptent de délicieuses heures. S'ils se reconnaissent en ces lignes, qu'ils gardent la persuasion que ni le temps, ni l'éloignement ne sauraient altérer les liens étroits de notre intimité.

INTRODUCTION

Le procédé de périnéorrhaphie tardive, que nous exposons dans notre travail, a été mis en pratique et introduit à la clinique du Professeur Laroyenne, à la Charité, par M. le Professeur agrégé Condamin. Depuis lors, il est utilisé exclusivement dans tous les cas d'intervention pour déchirure du périnée, avec les différentes modifications qu'il comporte.

Nous aurions voulu faire suivre cet exposé des observations que nous avons pu recueillir dans le service ; malheureusement nous nous sommes aperçu que ces observations n'indiquaient rien au sujet de l'examen local des malades à leur sortie.

D'autre part, limité par le temps, nous n'avons pu nous livrer à des recherches éloignées sur les malades qui, pour la plupart, n'habitent pas Lyon, faire des mensurations du nouveau périnée, et consigner ici les résultats d'un interrogatoire sur les incidents obstétricaux, les rapports sexuels, etc. Un fait reste acquis, c'est que les malades quittent le service au bout de huit jours, dix jours au plus, qu'à l'examen

on trouve entre le rectum et le vagin une masse musculaire épaisse et résistante, et que toutes disent se sentir fort améliorées et bien soutenues, quant à la sangle périnéale. Ces seuls résultats ne nous autorisent-ils pas à divulguer un procédé qui semble présenter de si réels avantages ?

Nous diviserons notre description comme il suit :

CHAP. PREMIER. — *Du périnée normal et pathologique.*

CHAP. II. — *Aperçu historique de la périnéorrhaphie tardive.*

CHAP. III. — *Procédé opératoire.*

CHAP. IV. — *Les avantages.*

CHAP. V. — *Conclusions.*

Notre ami Georges Dubreuil, externe des hôpitaux de Lyon, attaché au Laboratoire du Professeur Renaut, a bien voulu se charger de l'illustration de notre exposé. Nous l'en remercions bien vivement et rendons hommage à son talent.

CHAPITRE PREMIER

DU PÉRINÉE NORMAL ET PATHOLOGIQUE

En gynécologie, comme en obstétrique, le périnée se trouve réduit à ce massif musculaire prismatique limité, en avant par le vagin, en arrière par le rectum, latéralement les ischions et les branches ischio-pubiennes, et confinant en haut à la cloison recto-vaginale, en bas à la peau : c'est le périnée antérieur des anatomistes. Les muscles qui le composent (sphincter externe de l'anus, constricteur du vagin, transverse du périnée et surtout releveur coccy-périnéal de Farabeuf et Varnier) semblent concourir à la formation d'une masse compacte, d'un plancher résistant qui ferme de ce côté la cavité pelvienne.

De nos jours, l'accord est presque unanime à reconnaître le rôle prépondérant de ce plancher dans la statique des organes pelviens qui reposent sur lui : ampoule rectale, vessie, vagin, utérus.

De par sa tonicité normale ou sa contraction, au moment de l'effort par exemple, cette sangle muscu-

laire offre un point d'appui solide à tous ces organes et semble permettre, aux autres moyens de fixité dont ils disposent, une résistance facile aux divers facteurs de déplacement auxquels ils sont soumis.

Poussant plus loin l'observation, on constatera chez la femme à l'état normal que, pendant la station debout, et surtout pendant l'effort, la vulve se ferme étroitement, la fourchette remontant à la partie supérieure. De même le vagin dont les parois se juxtaposent, la colonne postérieure venant s'accoler sous la colonne antérieure et le canal vaginal prenant une direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière. La contraction du constricteur du vagin ne suffit pas à expliquer ce mouvement d'ascension; il faut y voir en outre l'action des faisceaux du muscle releveur coccy-périnéal, qui se contracte pendant l'effort et redresse sa courbure pour résister aux impulsions reçues du diaphragme et de la sangle abdominale. Il est même bien probable que tous les faisceaux du « corps périnéal », pour employer l'expression de Savage, y prennent part d'une façon synergique. Et, dans ce déplacement, la masse périnéale semble s'être portée au secours de la paroi antérieure du vagin sur laquelle reposent les organes pelviens, obturant le fond de cette loge où leur état d'équilibre pourra être conservé à ce prix.

Que le massif périnéal soit distendu trop fortement au cours d'un accouchement et perde, par la suite, sa tonicité, qu'il soit déchiré même, en partie ou en totalité, et ces cas sont fréquents certes, si nous songeons aux difficultés qu'éprouvent les accoucheurs à

le sauvegarder, quels troubles surviennent dans sa constitution !

La déchirure du périnée, immédiatement après l'accouchement, revêt la forme d'une plaie contuse. Nous ne nous y arrêterons pas, puisqu'elle n'est point de notre cadre, mais nous insisterons sur ce fait que la négligence ou l'insuccès du traitement dirigé contre elle entraîneront les lésions tardives que nous envisageons.

Les malades que nous avons en vue offrent, à quelques détails près, un type clinique presque toujours identique. Elles portent leur lésion depuis plusieurs mois, plusieurs années même. Celle-ci s'est produite au cours d'un accouchement, souvent normal, et alors le premier en date généralement, car la déchirure a lieu de préférence chez des primipares et surtout des primipares âgées. Souvent aussi c'est une application de forceps, une version pratiquée dans un bassin rétréci et dont l'ampleur des parties molles est elle-même insuffisante, comme celle des plans osseux sur lesquels elles reposent ; plus rarement c'est un traumatisme qui fut le point de départ.

La cicatrisation s'est faite sans attirer particulièrement l'attention, et ce n'est que plus tard, lorsque la malade a repris sa vie active, que des troubles sont survenus dans la statique des organes pelviens pendant la fatigue ou la station debout. Les troubles se manifestent d'abord par de la pesanteur au bas-ventre s'accompagnant à la longue de déviations ou de prolapsus divers des organes pelviens, et le plus souvent de réactions inflammatoires. Cependant nous ne serons

pas exclusif au point de prétendre que la lésion périnéale seule a entraîné tous ces troubles. Non ! il existe des faits de ruptures périnéales accentuées avec intégrité de l'état d'équilibre des organes pelviens, et d'autres cas où, le périnée étant à peine atteint, on trouve des prolapsus de ces organes déjà fort accentués. Il faut donc aussi faire la part des autres moyens de fixité et de cette certaine tendance aux ptoses des divers organes, constatée chez la femme (Glénard) ; mais cela n'invalidant en rien le rôle essentiel que nous attribuons au massif périnéal.

Chez quelques malades, les complications attireront seules l'attention. Ce sera un prolapsus utérin plus ou moins accentué donnant, pendant la marche ou l'effort, une sensation de pesanteur avec douleur à l'hypogastre ; ou bien encore un prolapsus de la muqueuse vaginale, avec cystocèle et troubles du côté de la miction. On constatera, chez ces malades, une béance particulière de la vulve qui est agrandie, déformée et, si l'on explore le périnée entre deux doigts introduits, l'un dans le vagin, l'autre dans le rectum, on sera frappé de sa minceur, de sa mollesse, de son étalement. Au lieu d'un plan musculaire épais et résistant, nous n'avons plus qu'une lame élastique ; c'est là la variété de la déchirure incomplète à laquelle certains auteurs ont donné le nom de « relâchement ». Les parties extérieures, muqueuse vaginale, peau, ont résisté, mais la sangle musculaire qu'elles recouvrent a été divisée, et parfois assez profondément.

D'autres malades présentent, sur la fourchette, le tissu cicatriciel d'une déchirure se prolongeant plus

ou moins loin vers l'anus, plus ou moins haut dans le vagin. Et, dans ces déchirures périnéales il est un fait particulier : chaque lèvre de la solution de continuité se cicatrise pour son compte, de telle sorte que bien souvent, le revêtement épidermique continu de la surface masquera l'étendue de la béance du plan profond, dont les lèvres se sont écartées progressivement. Ce sont là des cas types de ces déchirures appelées « incomplètes », variables dans leurs dispositions, mais s'accompagnant, pour la plupart « d'un certain degré de prolapsus utérin ou de cystocèle » (Pozzi) (1).

On trouvera enfin, mais ces cas sont plus rares, des malades portant des lésions plus accentuées encore, la déchirure ayant intéressé le sphincter anal et parfois même la cloison recto-vaginale (déchirure totale de Terrillon). C'est dans ces cas que l'on a signalé ce véritable cloaque formé par l'union des cavités rectale et vaginale, où s'avance, comme un rebord tranchant, la lame qui représente la cloison recto-vaginale, où pend, parfois, flottante, au milieu d'un lacis de fibres cicatricielles, la colonne postérieure du vagin privée de son support. On comprend la situation pénible de ces malades qui perdent matières et gaz de façon intermittente ou continue.

Une lésion capitale domine cette série de déformations extérieures : c'est la dislocation du plancher musculaire. Les fibres, les faisceaux, les lames aponevrotiques déchirées se sont rétractées pêle-mêle, en

(1) S. Pozzi. — *Traité de Gynécologie* 1897.

s'écartant de la ligne médiane, et vont former, peu à peu, une masse fibreuse d'où l'élément musculaire disparaîtra de plus en plus par atrophie. Selon toutes probabilités, le périnée commence à céder dans ces masses musculaires (les auteurs sont encore divisés sur ce point, mais il semble que ce soit là l'opinion de la majorité); la déchirure des téguments suivrait. Cet ordre chronologique des lésions, outre qu'il cadre mieux avec les faits d'observation, serait en corrélation avec leur degré d'importance anatomique; la déchirure musculaire, en raison du rôle prépondérant du massif périnéal, mérite, à elle seule, toute l'attention; la disjonction des téguments n'est qu'un épiphénomène.

Et, si nous revenons sur un fait déjà mis en lumière et que nous reprendrons encore par la suite à propos des détails opératoires, c'est-à-dire l'importance du point d'appui antérieur fourni par cette sangle musculaire au niveau de la fourchette; si, d'autre part, nous songeons que le culmen antérieur est presque toujours le premier intéressé dans une déchirure périnéale, nous comprenons bien la gravité de ces déchirures, quelles qu'elles soient; nous nous expliquons comment une déchirure de peu d'étendue (de celles que, trop souvent, l'on considère comme négligeables après l'accouchement) aura pu, dans un espace de temps relativement court, entraîner des troubles énormes.

CHAPITRE II

APERÇU HISTORIQUE

Depuis longtemps l'on s'est occupé de reconstituer le périnée déchiré, et les innombrables procédés successivement mis à l'essai témoignent tous et des imperfections de chacun et des difficultés auxquelles on peut se heurter.

Au XVII^e siècle, avec Ambroise Paré, Guillemeau, etc., on suturait le périnée déchiré en s'aidant de débridements du côté du sphincter de l'anus. Puis, durant de longues années, la technique opératoire de la périnéorrhaphie ne fut qu'une série de modifications plus ou moins importantes du même procédé : l'avivement, dont un chirurgien allemand, Dieffenbach, fut le promoteur. C'était plutôt une opération plastique ; les divers auteurs préconisaient des tracés de lambeaux fort compliqués, et le dernier terme de cette série semble représenté par le procédé d'Emmet, qui capta les faveurs de nombre de chirurgiens.

Des sutures, on en abusa, surtout avec les progrès de l'antisepsie ; on en plaçait dans le rectum, dans le vagin, sur le périnée et l'on suturait ensemble peau et masses musculaires, non sans créer des portes d'ouverture à l'infection.

Lauenstein apporte un véritable perfectionnement par son procédé de sutures sous-muqueuses (sutures de Lembert de l'intestin).

Emmet, supprimant aussi les sutures rectales et vaginales, ferme la plaie comme on ferme une bourse, tous ses fils venant aboutir à la peau du périnée. Il utilise, en outre, et c'est là un grand avantage de son procédé dans les déchirures complètes, le fil « sous-sphinctérien, » dit fil d'Emmet, auquel nous aurons recours nous-même dans ces cas. Ce fil est introduit d'arrière en avant, cheminant sous la surface d'avivement, très près de son bord postérieur, et il doit pénétrer profondément dans l'angle de division de la cloison où il prendra appui. Emmet s'aidait, pour passer ce fil, de l'index introduit dans le rectum. Suivant cet auteur, le fil passant en arrière de l'anوس et traversant la cloison recto-vaginale attire en avant les extrémités rétractées du sphincter, les met en contact de façon à lui rendre sa forme et ses fonctions.

Mais aviver, c'était retrancher à un périnée qui manquait déjà d'étoffe. De là est née l'idée de la périnéorrhaphie par dédoublement de la cloison recto-vaginale, préconisée par Lawson - Tait, en 1887. Toutefois, le chirurgien anglais semble avoir été précédé dans cette voie et, à ce sujet, M. Condamin

écrit (1) : « Ce dédoublement fut appliqué à la Charité
« par notre maître, le professeur Laroyenne, long-
« temps avant que l'eût préconisé Lawson Tait.
« Mais, malheureusement, cette méthode ne fut pas
« décrite par le chirurgien lyonnais, aussi porte-t-
« elle actuellement le nom de procédé de Tait ».

Quoiqu'il en soit, de nos jours le dédoublement semble s'être presque partout substitué à l'avivement. On a même à l'heure actuelle, une grande tendance à vouloir pousser le dédoublement le plus loin possible et sur la ligne médiane et latéralement « pour pouvoir, dit M. Condamin, ramener sur la ligne médiane les extrémités déchirées des muscles péri-néaux ». Il est de fait que, par un décollement minutieux et patient, on arrivera à mettre à nu les masses musculaires détachées, à les offrir, pour ainsi dire aux fils qui devront les réunir.

Pour ces sutures, L. Tait se servant de fils d'argent, recommandait de ne pas comprendre la peau avec les plans profonds. A. Martin, chirurgien de Berlin, emploie la suture continue à étages superposés, faite au catgut. A Lyon, on employait depuis longtemps déjà à la Clinique d'accouchements un procédé de sutures musculaires par fils interstitiels du à M. le professeur Fochier et bien décrit par son élève Gallois (2). L'idée d'appliquer ce mode de sutures à la périnéorrhaphie tardive revient à M. Con-

(1) CONDAMIN. — « Mémoire inédit ».

(2) GALLOIS. — Th. Lyon 1895.

damain qui écrivait en 1895. (1) « Dans la périnéor-
« rhapsie tardive comme dans la périnéorrhaphie
« immédiate, ce qu'il faut avant tout chercher, c'est
« la reconstitution de la sangle musculaire qui s'é-
« tend entre les deux ischions et qui est interposée
« entre le rectum et le vagin. Il faudra surtout cher-
« cher la réunion transversale tout en maintenant
« l'épaisseur normale du périnée. Il nous semble
« difficile d'obtenir ces deux conditions en dehors de
« l'application de fils interstitiels multiples et même
« placés sur deux étages. »

Ce procédé semble avoir donné entre les mains de son auteur d'excellents résultats comme restitution *ad integrum* du plancher musculaire. Les fils étaient alors des crins de Florence : depuis, M. Condamin préfère (et nous dirons pourquoi) le catgut chromique, et a réduit au minimum le nombre des fils. On évite ainsi toute chance d'infection, et ces rares fils suffisent amplement à assurer une coaptation parfaite, à condition d'être conduits à bon escient.

Dédoublement et sutures interstitielles, tel est le sujet que viendront encadrer quelques détails importants de technique dans le procédé qui va suivre.

(1) CONDAMIN, *Province Médicale*, 1895.

CHAPITRE III

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

Nous ne saurions mieux faire, pour rendre un compte exact du procédé, que d'emprunter la belle description donnée par son auteur, M. Condamin (mémoire inédit) :

« Après la toilette d'aseptisation habituelle et l'anesthésie, la malade étant couchée dans la position de la taille, nous procédons ainsi :

« L'index et le médius de la main gauche sont introduits dans l'anus, et y resteront jusqu'à la fin de l'opération, pour éviter les risques d'infection par le contact de parcelles fécales.

« Avec ces deux doigts, on exerce en avant et en haut une certaine tension sur ce qui reste du périmètre et de la paroi vaginale postérieure. Celle-ci s'amplifie, de concave devient horizontale, en attirant la partie inférieure des grandes et des petites lèvres.

« Nous effectuons alors le dédoublement recto-vaginal par *transfixion* au bistouri, en allant de

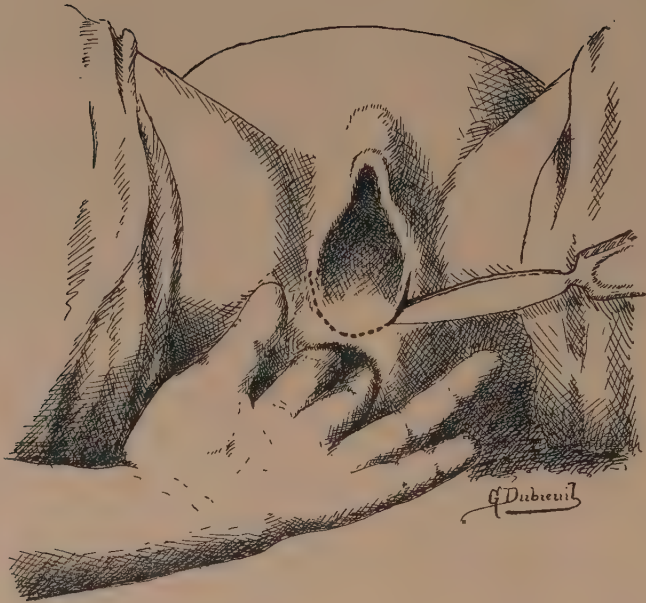


FIG. I

Index et médius gauches dans le rectum, tendant et faisant saillir les vestiges du périnée. — Bistouri commençant la transfixion

« gauche à droite, ou en procédant du milieu de la
« région ainsi tendue par les deux doigts placés dans
« l'anus ».

La figure I est destinée à montrer l'aspect de la région ainsi tendue par les deux doigts et le mode de pénétration du bistouri à gauche ; celui-ci, décrivant un trajet curviligne, concave en haut, ira sortir en un point symétrique du côté opposé. Tel sera le mode de pénétration, si l'on parvient, à l'aide des deux doigts, à bien faire bomber la paroi. Au cas contraire, il sera préférable, pour se mettre à l'abri de toute blessure du rectum, de faire glisser le bistouri sur la ligne médiane, sur les deux doigts comme guides, la pointe regardant le pubis ; de là on le fera sortir successivement à droite et à gauche.

« La transfixion porte sur une hauteur de 1 à
« 2 centimètres suivant les cas, et s'effectue en quelques secondes ; on a ainsi une large surface cruentée d'une façon très nette et l'on ne risque pas de
« blesser le rectum, puisque les deux doigts de la
« main gauche, introduits dans ce canal, servent de guides. Nous attribuons la plus grande importance
« à ce point de technique, car il facilite singulièrement ce premier temps opératoire. L'introduction
« dans le rectum, de deux doigts servant de guides,
« est déjà indiquée dans la technique opératoire de
« Doyen (1).

« Nous considérons la transfixion, comme une
« simplification très grande de ce premier temps :

(1) DOYEN. — *Technique Chirurgicale*, 1898.

« le dédoublement, et cela, soit au point de vue de la
« rapidité d'exécution, soit au point de vue de la
« garantie contre la blessure du rectum. L'amorce
« du dédoublement est ainsi effectuée. Il ne reste
« pour la compléter qu'à faire un décollement pro-
« gressif, en profondeur et latéralement, en faisant
« porter celui-ci aussi loin que possible. Généra-
« lement facile, surtout sur les parties latérales,
« où les plans de clivage sont très lâches, il présente
« parfois quelques difficultés sur la ligne médiane,
« surtout si la déchirure, un peu profonde, a amené à
« ce niveau la production d'un tissu cicatriciel assez
« dense. Avec les ciseaux on vient facilement à
« bout des adhérences un peu résistantes, et, là
« encore, les deux doigts maintenus dans le rectum
« rendent les plus grands services, en permettant au
« chirurgien de cotoyer le canal rectal sans risquer de
« l'intéresser.

« Pendant ces manœuvres, un aide maintient élevé,
« avec une pince, le lambeau antérieur, que l'on voit
« s'allonger à mesure que l'on arrive plus profondé-
« ment. Nous n'en réséquons l'excédent qu'après
« l'application des fils profonds interstitiels.

2^o *Temps. Passage des fils interstitiels.* — On
emploie, à la Clinique de la Charité, le catgut chro-
mique, qui résiste environ quinze jours avant d'être
résorbé. Les crins de Florence, après avoir eu les
faveurs, ont été délaissés : ils ne se résorbent pas et
forment des corps étrangers dont on est pas toujours
sûr, au point de vue de l'asepsie. Quant au catgut
ordinaire, il se résorbe au bout de deux ou trois jours,

intervalle un peu court pour permettre la coaptation de ces larges surfaces musculaires.

« Ces fils sont au nombre de trois ou quatre, au maximum. On les passe de la façon suivante (fig. II) avec l'aiguille d'Emmet, que guident encore, de la façon la plus sûre, les deux doigts placés à demeure provisoire dans le rectum.

« Le premier, introduit comme les suivants de gauche à droite, pénètre dans les tissus avivés, à un demi-centimètre de la surface cutanée correspondant au milieu du dédoublement. Il devra aller chercher latéralement les masses musculaires, qui, sous l'influence de la déchirure périnéale, se sont rétractées sur les côtés. Puis, il passera au sommet de l'angle dièdre du dédoublement recto-vaginal, non pas complètement interstitiel, mais plutôt en faufil, « à la Lauenstein » (ce qui produit une coaptation plus parfaite des tissus), pour aller ressortir, par un trajet inverse, mais analogue, du côté opposé, et en un point symétrique à celui de l'entrée.

« Au-dessous de celui-ci, et de la même façon, est placé le second fil.

« Enfin le troisième, ou fil supérieur, que nous appelons *fil suspenseur*, pour des raisons énoncées plus loin, pénètre au niveau du point latéral le plus élevé de l'avivement. Il se dirigera, comme l'indique la figure ci-jointe (fig. II), de haut en bas et d'avant en arrière, du côté gauche, pour suivre le trajet inverse du côté droit, c'est-à-dire d'arrière en avant et de bas en haut.

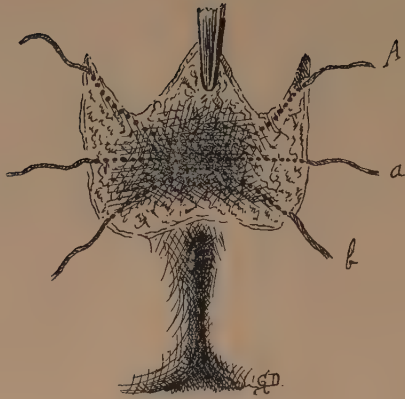


FIG. II

Schéma des surfaces avivées par le décollement. — *a* Premier fil intertistiel; *b* Second fil intertistiel; A Fil suspenseur

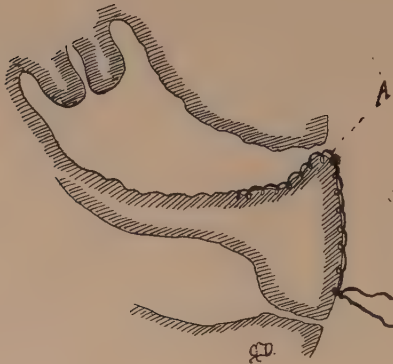


FIG. III

Schéma d'une coupe médiane verticale, antéro-postérieure après l'opération. — A, Saillie angulaire obtenue en nouant le fil suspenseur.

« Les trois fils interstitiels sont alors serrés et
« noués, et, en même temps qu'ils rapprochent les
« masses musculaires périnéales, en les interposant
« entre la cloison vaginale et rectale, ils font géné-
« ralement une hémostase suffisante qui, jusque là,
« avait été obtenue par la tension produite par les
« deux doigts toujours placés dans le rectum.

« La forme normale du périnée reparaît à ce mo-
« ment, et la véritable sangle, dite périnéale, est re-
« constituée.

« A ce moment seulement, on résèque l'excédent de
« la paroi vaginale, mais il n'est pas nécessaire,
« comme on l'a dit, d'en exciser une très grande por-
« tion ». Le plus souvent, on n'aura qu'à enlever un
petit cône à chaque extrémité du lambeau, et cette
excision suffira pour assurer une réunion régulière
du plan superficiel.

« Un surjet est alors placé de haut en bas (fig. 3),
« intéressant et réunissant d'abord les lèvres mu-
« queuses de la surface sectionnée du vagin; puis
« les bords de la plaie cutanée. Un premier arrêt du
« surjet se fait à l'union des grandes et petites lèvres,
« ce qui délimite l'entrée du vagin, et l'on continue
« jusqu'au voisinage de l'anus.

« Tout ceci s'effectue en cinq ou six minutes au
« plus, et avec une facilité dont une telle description
« ne peut rendre qu'imparfaitement compte.

« Lorsque la déchirure périnéale est plus profonde,
« et intéresse partiellement ou dans sa totalité le
« sphincter anal, ou même une partie de la cloison

« recto-vaginale, le procédé, sauf quelques modifications, reste le même.

« Après introduction des deux doigts dans l'anus, transfixion comme précédemment. Nous dirons même que c'est, dans ces cas plus complexes, que la transfixion, sur des tissus bien tendus transversalement, est singulièrement plus facile que les autres procédés d'avivement ou de dédoublement.

« On continue, sur les parties latérales et profondes, le dédoublement, et l'on suture par un surjet, qui réduplique du côté de l'anus, la muqueuse anorectale : la cloison rectale est ainsi reconstituée.

« Par dessus, et comme premier temps de l'interposition des masses musculaires périnéales, on reconstitue le sphincter anal par le fil « sous-sphinctérien » d'Emmet. Pour cela, on n'a qu'à faire descendre, de chaque côté de ce qui reste de l'anus, une incision verticale, partant du premier avivement, pour aller aboutir à une ligne qui passerait un peu au dessous de l'anus ».

Ce fil « sous-sphinctérien » est conduit suivant la technique indiquée par Emmet et que nous avons signalée au cours de notre historique (page 20) : on voudra donc bien s'y reporter.

L'opération sera terminée comme précédemment : on passera les fils interstistiels et le « fil suspenseur » comme il est indiqué (fig. 2) et l'on conduira le surjet superficiel sans plus de difficultés.

M. Condamin n'applique aucun pansement : la plaie sera recouverte de vaseline à l'iodoforme, et une mèche de gaze iodoformée introduite dans le vagin

en forme de tampon. La malade sera placée dans le décubitus dorsal, les jambes réunies, et l'on pratiquera s'il est nécessaire le cathétérisme pour vider la vessie pendant les heures qui suivent. Quant à l'intestin, il n'est pas indiqué de constiper la malade, coutume dont on a reconnu les inconvénients et si l'opium est donné, on n'en prolongera pas l'usage.

Des sutures, l'on aura pas à s'en préoccuper, puisqu'elles doivent être résorbées.

CHAPITRE IV

AVANTAGES DU PROCÉDÉ

Nous tenons à insister maintenant sur quelques particularités du procédé. Elles ont toutes, d'ailleurs, pour but, la simplification d'une technique opératoire des plus compliquées jusqu'à nos jours, dans cette intervention courante de gynécologie.

Le rôle capital des deux doigts introduits dans l'anus, en tant que valve, moyen de contrôle constant et d'hémostase, a été mis en lumière au cours de la description. Grâce à ce stratagème, rien ne nous reste inaperçu de ce qui se passe dans l'intérieur des tissus au cours de la transfixion, au bout du doigt qui pratique le décollement ou des ciseaux mousses qui rompent les bandes cicatricielles, et pendant le passage des fils interstitiels. La sécurité qu'ils donnent permet d'aller vite, et cela d'autant mieux que l'on n'a ni les inconvénients du sang qui s'écoule masquant une région opératoire, ni le retard du tamponnement et de l'hémostase.

Le mode d'incision « par transfixion », n'est-t-il pas aussi un facteur de rapidité ? Comme il semble laisser loin derrière lui ces avivements minutieux et patients que synthétise le procédé d'Emmet, ou bien encore les tracés géométriques de lambeaux du Lawson-Tait ! et cela tout en créant une amorce parfaite au décollement.

En ce qui concerne le dédoublement, nous ne saurions trop insister sur la nécessité de l'effectuer le plus loin possible et latéralement, et sur la ligne médiane. Plus la déchirure est ancienne, et plus sont rétractés sur les côtés les faisceaux musculaires dont nous cherchons l'union, en même temps qu'un tissu cicatriciel dense s'est substitué au tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale, immobilisant rectum et vagin en position défectueuse. Le décollement profond sera la condition essentielle de l'interposition d'un épais massif musculaire.

On pourrait s'étonner, en présence de semblables lacérations, de ne pas voir couler de sang. En effet, le besoin d'hémostase ne se fait sentir à aucun moment pendant l'opération. Nous trouvons déjà signalé dans les lignes qui précèdent, l'influence de la tension exercée par les deux doigts ano-rectaux, sur l'absence d'écoulement sanguin. On pourra être appelé à tamponner la surface avivée, au moment où les deux doigts sont retirés pour lier les fils interstitiels ; mais d'ailleurs ce soin peut être confié à l'aide. Quant à l'hémostase définitive, elle est assurée par l'affrontement intime des surfaces de l'avivement lorsque les fils interstitiels ont été serrés.

La supériorité de ces sutures interstitielles (procédé Fochier) est trop bien établie dans la thèse de Gallois, et par les excellents résultats qu'elle donne couramment à la clinique obstétricale de la Charité, pour que nous ayions besoin d'insister. Nous ferons toutefois une remarque relative au nombre de ces fils. Ils doivent être laissés à demeure et résorbés sur place; par suite il importe de réduire au minimum la quantité de corps étrangers, d'autant mieux que, malgré les grandes précautions apportées à la préparation, l'on n'est jamais sûr de leur asepsie parfaite. Nous avons dit que trois fils étaient suffisants, mais pour cela ils devront être conduits adroitement, en faufil, à travers les masses musculaires, disposés de telle sorte que aucun espace nuisible ne puisse se créer dans ce massif après la réunion.

Il nous reste, en outre, à expliquer l'épithète de « suspenseur » donnée au fil interstitiel supérieur. M. Condamin s'exprime ainsi à ce sujet :

« Pour se rendre compte du rôle qu'il joue, il faut considérer un périnée normal, et d'autre part la fermeture vulvaire suivant la disposition habituelle que l'on observe après avoir serré ce fil suspenseur.

« Sur un périnée normal, on constate, en effet, que la colonne antérieure du vagin a pour garantie de solidité, non seulement la tonicité et l'élasticité des tissus qui entrent dans sa constitution, mais surtout le point d'appui que lui fournit la colonne postérieure du vagin et en particulier cette portion juxtaposée au vagin qui avoisine le vestibule.

« Examinez une femme debout, toussant ou faisant un effort : on sent de la façon la plus nette une impulsion transmise à la paroi vaginale antérieure par l'intermédiaire de la vessie. Qui empêche à l'état normal la cystocèle et la dilatation de cette paroi antérieure du vagin de se produire ? C'est cette région postérieure de l'entrée de la vulve, soulevée par les muscles transverses et autres de cette partie du périnée ».

Nous avons, dans notre chapitre II, signalé ce point comme cédant en premier lieu dans les déchirures du périnée. L'insuffisance d'une périnéorrhaphie immédiate tient souvent à ce que l'on a négligé l'importance de ce point d'appui et placé les fils trop bas. On a, suivant l'expression de Bouilly (1) « reconstitué la vulve et l'on n'a pas restitué à la colonne postérieure du vagin la solidité et l'épaisseur suffisantes. »

« C'est en nous basant sur ces données physiologiques, dit M. Condamin, que nous avons cru devoir donner, au fil interstitiel supérieur, une direction un peu différente de celle adoptée par les classiques.

« On voit, quand on a serré le troisième fil dirigé non seulement d'avant en arrière, mais de haut en bas, reparaitre cette saillie musculo-muqueuse qui va soutenir la paroi antérieure du vagin. La malade fait-elle un effort après cette constriction du fil, on voit l'impulsion vésicale et vaginale supé-

(1) Bouilly. — Rapport au Congrès de Chirurgie, 1896.

« rieure venir s'épuiser sur le rebord que notre fil a
« ainsi créé.

« C'est pour cette raison que nous l'appelons *sus-*
« *penseur* : suspenseur de la colonne antérieure du
« vagin et de la vessie. »

Mais à part ce point, capital sans doute, mais n'apportant aucune complication, aucun retard dans l'exécution des sutures, nous réclamons, pour ces fils interstitiels, une supériorité bien légitime, puisqu'ils suppriment ces surjets profonds, comme les exécute Pozzi dans sa modification du procédé de Tait, ces fils d'attente en argent venant prendre appui sur le tégument, portes ouvertes à l'infection.

Quant à la plaie des téguments, on pourrait en négliger la réunion, imitant en cela, le procédé de périnéorrhaphie immédiate, mais elle est en rapport avec une cavité naturelle plus ou moins septique, et au point de vue plastique, le surjet a l'avantage de mieux délimiter l'entrée de la vulve.

Si le procédé s'adresse à une rupture complète ou totale (Terrillon) nous avons mentionné l'emploi des incisions postérieures de Lawson-Tait permettant de passer, suivant la méthode d'Emmet, un fil sous sphinctérien, pour la réunion des lèvres du sphincter anal, et un surjet pour la reconstitution de la cloison. Le procédé par transfixion, n'étant pas d'ailleurs autrement modifié dans ses divers temps, on en tirera encore les plus grands bénéfices.

Enfin tout en reconnaissant comme résultats de ce procédé, la confection d'un nouveau périnée épais et résistant, interposé au rectum et au vagin, et répon-

dant de tous points à des données physiologiques bien établies, nous ne prétendons pas en faire l'unique traitement des troubles occasionnés par les ruptures périnéales. C'est ainsi que dans les cystocèles anciennes et rebelles, dans les prolapsus très prononcés, une opération curative, colporrhaphie, hystéropexie, sera pratiquée d'abord et recevra comme heureux complément la périnéorrhaphie. Celle-ci permettra d'attendre de la première intervention tous les résultats désirables. Enfin dans d'autres cas inopérables, chez des malades âgées, à vulve béante, à tissus flasques, elle aura le grand avantage de permettre le port d'un pessaire appliqué dans des conditions plus parfaites.

CONCLUSIONS

1^o Les perfectionnements apportés, durant ces dernières années, à la technique opératoire de la périnéorrhaphie tardive, consistent surtout en simplifications, d'un manuel opératoire compliqué.

2^o La plus importante est réalisée par la substitution à l'avivement laborieux d'Emmet, du procédé de dédoublement qui porte le nom de Lawson-Tait, mais fut pratiqué à la Charité par le Professeur Laroyenne, bien avant la description du chirurgien anglais.

3^o On ne saurait trop insister sur la nécessité de pousser très loin le dédoublement, et sur la ligne médiane et latéralement, pour pouvoir donner au corps périnéal reconstitué par les sutures, toute la hauteur et l'épaisseur possible.

4^o Nous ajouterons : la forme physiologique la meilleure, et celle-ci est obtenue avec le « fil suspenseur » de M. Condamin, qui rend à la colonne anté-

rieure du vagin le renfort solide sur lequel elle appuie sa résistance.

5^o Les autres fils interstitiels conduits par une main exercée et guidés sur le tact particulier des doigts ano-rectaux, pourront être réduits au minimum comme nombre, tout en produisant un maximum de coaptation, et supprimant les risques d'infection.

6^o Enfin, grâce au mode d'incision rapide et sûr par transfixion, grâce aux deux doigts introduits dans l'anus qui assurent l'hémostase et le contrôle constant de tous les temps opératoires, la périnéorrhaphie tardive devient, par ce procédé, une opération extrêmement simple, joignant la sécurité à une rapidité inespérée.

Le Président de la Thèse,
POLLOSSON.

VU :
Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 12 juillet 1902.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION.....	11
CHAPITRE I. — Du périnée normal et pathologique....	13
CHAPITRE II. — Aperçu historique sur la périnéorrhaphie tardive	19
CHAPITRE III. — Procédé opératoire	23
CHAPITRE IV. — Des avantages de ce procédé.....	33
CONCLUSIONS	39

